 

Date

Family Name

Address

City, State, ZIP

Estimado(a) HOH Name:

El programa FaDSS recibió una referencia para su familia de Referral Source el Date. Después de revisar su información, hemos determinado que usted no cumple con los criterios iniciales de elegibilidad para el programa FaDSS. Su referencia ha sido cerrada.

Si cambia su situación y estuviera interesado en recibir servicios de FaDSS en el futuro, no dude en contactarnos.

Atte.

Staff Signature

Phone Number

Email Address

Office Address

**Aviso de apelación:**

Usted tiene derecho a apelar las decisiones tomadas en el programa FaDSS.   
Las apelaciones se pueden realizar por teléfono o por escrito a la Directora   
del Programa FaDSS del Estado:   
**Teléfono:** (515) 343-6459  
**Correo postal**: FaDSS State Program Manager

Lucas State Office Building, 3rd Floor

321 E 12th St

Des Moines, Iowa 50319

**Correo electrónico**: [FaDSS@hhs.iowa.gov](mailto:FaDSS@hhs.iowa.gov)